

P. Kochenstein

Sexualtherapie: Strategien für die tägliche Praxis

Die Behandlung von sexuellen Störungen gehört sicherlich zu den einfachsten, aber gleichzeitig schwierigsten Aufgabenbereichen. Einfach erscheint sie, weil oftmals klare Beschwerden artikuliert werden, die ein zielgerichtetes, an der Symptomatik orientiertes Verfahren ermöglichen. Schwierig wird die Behandlung in den Momenten, in denen man erkennt, daß Programme wie die von *Masters* und *Johnson* in der vorgegebenen Form keine befriedigenden Resultate erbringen, wenn die spezielle Störung nicht oder nur unzureichend in der Literatur beschrieben ist. Noch komplexer gestaltet sich die Therapie, wenn die gestörte Sexualität nur eine Ausdrucksform einer gestörten Persönlichkeit ist – denn alle möglichen menschlichen und zwischenmenschlichen Probleme können sich hinter sexuellen Problemen verbergen.

Die Zeiten haben sich geändert. Weit aus mehr Menschen haben heute eine klarere Vorstellung über und eine liberalere Haltung zur Sexualität. Und dennoch: Trotz Sexualkundeunterricht, trotz breiter Aufklärung in den Medien stößt man bei vielen Patienten auf Wissenslücken und oftmals erstaunliche irrationale Vorstellungen.

Lazarus (1978) berichtet von einem Mann, der impotent wurde, weil er gehört hatte, daß sich die Scheidenmuskulatur der Frau beim Orgasmus so stark verkrampfen könne, daß eine Beschädigung seines Penis möglich sei. Während ein Analytiker tiefsitzende Kastrationsängste vermutete, die eine langjährige Therapie erfordern, war das Problem des Mannes gelöst, als ihm ein junger Arzt einfach erklärte, daß diese Information falsch sei und er keine Angst zu haben brauche.

Wenn Informationen fehlen

Eine der wichtigsten Aufgaben ist somit, die notwendige Aufklärungsarbeit nachzuholen. Wissenslücken zu schließen und irrationale Vorstellungen zu beseitigen. Gut über Sexualität mit all

ihren Spielarten Bescheid zu wissen, dürfte in diesem Zusammenhang die wichtigste Voraussetzung sein. Genau so wichtig erscheint mir jedoch auch, daß der Therapeut vollkommen offen über intime, vielfach tabuisierte Themen sprechen und unbefangene Fragen stellen kann. Ich möchte einige Beispiele für Wissensdefizite und irrationale Vorstellungen einiger Patienten aus meiner Praxis nennen:

- Ein 15jähriger Schüler glaubt, nicht normal, ja sogar krank zu sein, da er täglich durchschnittlich zwei- bis dreimal masturbiert.
- Mein Mann liebt mich nicht wirklich, ängstigt sich eine 27jährige Friseurin. Er hat nämlich bei der Aufnahme des Intimkontaktes oftmals keine richtige Erektion.
- Meine Frau kommt beim Koitus nur dann zum Orgasmus, wenn ich sie gleichzeitig mit der Hand stimmiere – Problem eines 46jährigen Diplom-Ingenieurs.
- Ob ich ihm nicht ein Fläschchen mit menschlichen Pheromonen (Androsteron) schicken könnte, war die schriftliche Anfrage eines Rentners. Er wollte das konzentrierte Extrakt seinem Rasierwasser beimischen, um für Frauen unwiderstehlich zu sein.

Die Grenze zwischen Aufklärung und Beratung auf der einen und vorwiegend therapeutischen Techniken

auf der anderen Seite ist fließend. Schon sachgerechte Aufklärung hat nicht selten eine »kognitive Umstrukturierung« zur Folge. Dazu vielleicht ein Beispiel, das häufig zur Anwendung kommt: Potenzstörungen sind relativ oft Anlaß für männliche Patienten, einen Fachmann um Rat aufzusuchen. Meist werden die Fragen, ob gelegentlich spontane Erektionen auftreten oder sich durch Masturbation eine Gliedversteifung herstellen läßt, bejaht. Dann trägt eine genauere Erfragung der Symptomatologie dazu bei, das Gefüge von Ursache und Wirkung zu verdeutlichen. Der Klient erkennt dann oftmals selbst schon mögliche Hemmfaktoren:

- den erhöhten Leistungsdruck.
- eine Erwartungsangst, den eigenen Ansprüchen nicht genügen zu können.
- das Bedürfnis, die fehlende Erektionsstärke zu kaschieren, und
- allgemein eine verkrampfte Selbstbeobachtung.

Nicht selten ist für ein erstes Versagen bei vielen Männern auch eine merkwürdige, irrationale Überzeugung die Grundlage: Sie glauben, daß, wenn es einmal im Rahmen eines Intimkontaktes zur Erektion gekommen ist, diese über den ganzen Ablauf des zärtlichen Miteinanders, also auch bei allen Praktiken während des Vorspiels und Stellungen beim Koitus, aufrechterhalten bleiben müsse. Ein Nachlassen der Gliedstärke wird bereits als Versagen interpretiert.

Übersteigerte Selbstbeobachtung

Die Bewertung der völlig normalen Erregungsschwankungen zu verändern, kann als wichtiger Schritt bei der Aufklärungsarbeit definiert werden. Weiterhin sollte dem Mann die Unverein-

Fortsetzung auf Seite 62

Bazoton® Beweise



Bazoton® bewirkt nachweisbar antiproliferative Prozesse im gesamten Prostatagewebe^{1) 2)}

1) Ziegler, H.: Fortschritte der Medizin 100 (1982) 39: 1832

2) Rist, M.: Elektronenmikroskopische Ergebnisse bei medikamentös behandelter BPH. Zuckschwerdt Verlag (1986)

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Trockenextrakt aus *Radix Urticae* (5:1 mit 20% Carbinol) 300 mg (standard). **Anwendungsgebiete:** Benigne Prostatahyperplasie (Prostata-Adenom). **Dosierung:** Behandlungseinleitung und in schweren Fällen 2 x täglich 2 Kapseln. In anderen Fällen 2 x täglich 1 Kapsel. Stand: 1/87

Packungsgrößen: 50 Kapseln DM 25,57; 100 Kapseln DM 41,15
KANOLDT Arzneimittel GmbH - 8884 Höchstädt/Donau

KANOLDT
ARZNEIMITTEL

barkheit von ängstlicher Selbstbeobachtung und genußvollem sexuellem Erleben mit der dazugehörigen passiven Entspannung erklärt werden. Eine parasympathisch innervierte Erektion läßt sich nicht erzwingen.

Der übersteigerten Selbstbeobachtung kann unter Umständen durch eine meditative Entspannungstechnik entgegen gewirkt werden. Folgende Effekte sind dabei denkbar und für den Mann wünschenswert:

- Er bekommt (eventuell erstmals in seinem Leben) einen Eindruck, was es heißt zu entspannen, völlig entspannt zu sein.
- Er lernt und bekommt Mut, in einer sozialen Situation, die ja auch durch die Anwesenheit des Therapeuten ein spezielles Gepräge hat, loszulassen, passiv zu werden, zu regredieren.
- Durch ein Unterstreichen der meditativen Komponente lernt er,

daß es möglich ist, körperlich zu entspannen bei gleichzeitiger geistiger Tätigkeit. Voraussetzung ist jedoch, daß die imaginierten Bilder nicht mit Angst besetzt sind. Dafür eignen sich zum Einstieg neutrale, später u. U. auch positiv getönte sexuelle Imaginationen.

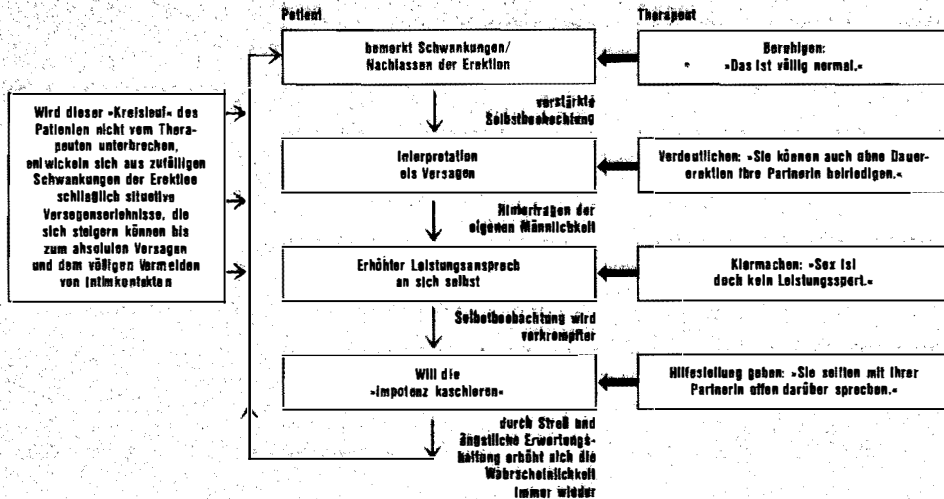
Auswirkungen auf die Partnerschaft

Die Diagnostik der spezifischen Störung und der Auswirkung, die sie auf die Partnerschaft hat, sowie die Analyse der Verhaltensmuster, die sich zwischen den Partnern eingespielt haben, geben oftmals Hinweise auf eine gestörte Kommunikation innerhalb der Be-

ziehung. Diese Störungen zu beseitigen oder erst einmal die Kommunikation in Gang zu setzen, ist ein weiteres wichtiges Teilziel bei der Behandlung. Eine aufgeschlossene Ehefrau, die an einer bis drei Sitzungen teilnimmt, erhöht die Wahrscheinlichkeit einer positiven Wirkung solcher Bemühungen. Schließlich sollte auch die Ehefrau am besten von kompetenter Stelle, sprich dem Arzt oder einem Psychologen, erfahren, daß Schwankungen der Erektionsstärke normal sind und nicht als Vorboten einer Impotenz interpretiert werden dürfen. Vielleicht gibt ein solches Dreier-Gespräch ihr erstmals Gelegenheit, eigene Wünsche und Erwartungen beim sexuellen Zusammensein mit ihrem Partner zu äußern. Nicht zuletzt könnte auch die Partnerin auf diese Weise eine gewisse Mitverantwortung für den therapeutischen Erfolg übernehmen.

Fortsetzung auf Seite 65

Wie sich ein Patient impotent macht...



Ein verhängnisvoller Kreislauf für den Patienten: Aus der einmaligen Beobachtung einer «Erektionsschwäche» kann sich schlimmstenfalls ein völliges Vermeiden von Intimen Kontakten entwickeln. Dabei genügen ein paar einfache Erläuterungen des Therapeuten, um den Circulus vitiosus zu durchbrechen.



Die Regel muß kein Schmerzfall sein!

DYSMENALGIT • Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Naproxen 250 mg. Anwendungsgebiete: Schmerzhafte Regelblutungen, Schmerzzustände nach der Geburt (Einnahme nur bei nichtstillenden Müttern) sowie nach Einsetzen von Spirale-Pessar. Gegenanzeigen: Anwendung bei gastrointestinalen Erkrankungen in der Vorgeschichte, Vorsicht bei Asthma bronchiale (mögliche Analgetika-Intoleranz), Hypertonie und kardialer Insuffizienz. Keine Anwendung bei Patienten mit hämorrhagischer Diathese, Magen- oder Zwölfingerdarmgeschwür, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat, bei Allergie gegen acetylsalicylsäurehaltige bzw. nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente oder bei Störungen der Blutbildung sowie während Schwangerschaft und Stillzeit. Vorsichtsmaßnahmen: Bei Patienten mit Funktions Einschränkung von Niere und/oder Leber sollte Dysmenalgil nur unter strenger ärztlicher Indikationsstellung und Überwachung mit Durchführung von Funktions tests verabfolgt werden (ggf. Dosisanpassung entsprechend den individuellen Erfordernissen). Keine langfristige Anwendung bei einer Kreatinin-Clearance unter 20 ml/min. Bei Bestimmungen der Blutungszeit sollte deren - durch Dysmenalgil bedingte - Verlängerung beachtet werden. Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Unterbauchschmerzen, Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel, Ohrensausen, Sehstörungen, leichte Schwellungen der Arme und Beine sowie allergische Reaktionen (Hautausschläge, Angioödem, in seltenen Fällen Schock), in seltenen Fällen Auftreten von Magenblutungen. Blutbildveränderungen, Leberschaden mit Gelbsucht und Nierenschaden. Das Reaktionsvermögen kann beeinträchtigt werden, in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Wechselwirkungen: Gleichzeitig eingenommene Medikamente wie z.B. Antikoagulantien, Hydrantone und Sulfonharnstoffe sowie Kortikosteroide, Methotrexat, Lithium und Digoxin können in ihren Wirkungen und/oder unerwünschten Wirkungen verstärkt werden. Durch Probenecid und Sulfapyrazon kann die Ausscheidung von Naproxen verzögert werden. Mit Spironolacton kann es zur Hyperkalemie kommen. Die harntreibende und blutdrucksenkende Wirkung

von Furosemid sowie die blutdrucksenkende Wirkung von Betablockern kann durch Dysmenalgil abgeschwächt werden. Dosierung und Art der Anwendung: Erwachsene Frauen 2 Tabletten initial bei Einsetzen der Beschwerden, danach 1 Tablette alle 6-8 Stunden unter Kauf mit etwas Flüssigkeit zu den Mahlzeiten, jedoch nicht mehr als 3 Tabletten pro Tag (bitte Packungsbeilage beachten!). Darreichungsformen und Preise: O.P. mit 10 Tabl. N2 DM 12,90 O.P. mit 20 Tabl. N2 DM 19,90 Stand 12.85



KREWEL-WERKE GMBH 5208 EITZORF

Dysmenalgil®

Erteilen Sie ein Erektionsverbot

Die vielleicht entscheidendste Maßnahme, die vor allem dann indiziert ist, wenn man beide Partner betreut, dürfte die Symptomverschreibung sein. Dem männlichen Patienten wird dabei eindringlich ans Herz gelegt, daß er beiden nächsten Intimkontakten zwar alles denken, fühlen, tun und geschehen lassen soll, aber es darf sich bei ihm keine Erektion einstellen. Dasselbe gilt für die Partnerin: Sie darf alles tun, aber keinen Geschlechtsverkehr inszenieren, da ihr Partner keine Erektion haben soll. Der Koitus bleibt für die nächsten Tage oder Wochen ausgespart.

Wird diese Interventionstechnik glaubhaft und nachvollziehbar dargestellt und vom behandelten Paar akzeptiert, entzieht man dem männlichen Partner die wesentliche Bedingung der Erektionsschwäche: die Angst zu versagen! (Unsere Leistungsgesellschaft scheint in zunehmendem Maße diese potenzängstlichen und potenzschwachen Männer zu produzieren. Mit-schuldig an dieser Entwicklung ist m. E. dabei auch die Pornoindustrie, die durch falsche und überzogene Darstellung sexueller Praktiken illusionäre Vorstellungen weckt.)

● Obwohl sich die Behandlung auf die individuelle Symptomatik konzentriert, darf dabei die Gesamtpersönlichkeit des Patienten einschließlich des sozialen Gefüges, in dem er sich bewegt, nicht aus den Augen gelassen werden. Bei den Männern finden wir vielfach Selbstwertprobleme und fehlende Durchsetzungsfähigkeit, allgemeine soziale Störungen, übersteigertes Mißtrauen und Tendenzen zur Zwanghaftigkeit bzw. zum Perfektionismus sowie eine Neigung zur krankhaften Eifersucht.

Frauen weisen nicht selten gravierende anamnestic Belastungen auf. Sexuelle Nötigungen und Inzesterfahrungen während der Kindheit und Jugendzeit sind anzutreffen, genauso wie eine traumatisierende Aufklärung durch eine negative Einstellung der Mutter zur Sexualität. Eine unzureichende Identifikation mit dem eigenen Geschlecht, depressive oder hysterioide Persönlichkeitsstrukturen, Eßstörungen, und verschiedene von der Sexuali-

tät unabhängige Ängste und Verhaltensdefizite machen auch hier weitgehende therapeutische Maßnahmen erforderlich.

Der Vielfalt der begleitenden oder auch auslösenden Grundstörungen kann natürlich nicht alleine mit verhaltensmodifikatorischen und kognitiven Therapieansätzen begegnet werden. Die Frau beispielsweise, die nach einer Vergewaltigung sekundäre Appetenz- oder Orgasmusstörungen entwickelt, benötigt vielmehr einen Therapeuten (bzw. eine Therapeutin), der (oder die) mit ihr das Trauma durcharbeitet, ihr dabei hilft, ohne Schuldgefühle negative Emotionen wie Haß und Rache in der Phantasie zu befriedigen. Erst dann kann dazu übergegangen werden, die entstandenen Ängste und Ekelgefühle schrittweise abzubauen.

So kann sich aus einer ursprünglich am Symptom ausgerichteten Sexualtherapie nicht selten eine umfassende Psychotherapie entwickeln, die auf alle möglichen Begleitphänomene Rücksicht nimmt. Indiziert ist oftmals auch ein begleitendes Selbstsicherheitstraining und nicht zuletzt eine therapeutische Bearbeitung einer in vielen Fällen gestörten Partnerschaft. Gerade bei jenen Beziehungen, die nach außen als beinahe ideal wirken, die bei oberflächlicher Betrachtung stimmig und ausgeglichen erscheinen, finden wir häufig Probleme im Intimleben.

Nicht nur »ideale Fälle

Konflikte, die im Alltag erfolgreich unterdrückt werden, finden dann in der Sexualität ihren Niederschlag. Eine uneingestandene Unzufriedenheit mit der Rolle als Hausfrau und Mutter, das Gefühl, im Leben zu kurz gekommen oder festgefahren zu sein, können eine gravierende Appetenzstörung, im Extremfall sogar einen totalen Verlust der Libido nach sich ziehen. Falls sich die sexuelle Problematik als Fokus einer tiefgreifenden Ehekrise herausstellt, ist allerdings nicht auszuschließen, daß das therapeutische Bemühen auch einmal in eine Ehescheidung mündet. Vergrößert wird diese Gefahr durch eine vollkommen unzureichende Motivation eines der Partner oder eine hartnäckige Therapieresistenz. Angesichts einer solchen möglichen Entwicklung sollten wir auf keinen Fall versäumen, schon zu Behandlungsbeginn auf einen derar-

tigen Ausgang hinzuweisen (es besteht aber kein Anlaß zu einem pessimistischen Unterton).

Schwerpunktmäßig wurden hier bislang die eher idealen Fälle von funktionalen Sexualstörungen beschrieben. Daß damit das Spektrum unseres Wirkens noch nicht ausgeschöpft ist, soll noch einmal betont werden. Auch das Problem, daß sich ein männlicher Patient zum Therapeuten begibt, weil er aufgrund früherer negativer sexueller Erfahrung oder wegen massiver Selbstwertprobleme keinen Partner hat, wurde angedeutet. Hier ist Soziotherapie und Aufbau eines Selbstbewußtseins das vordringlichste Gebot.

Therapie per Gerichtsbeschluß

Ein weiteres großes Aufgabengebiet stellt sich in der Sexualtherapie im Rahmen der Behandlung von Deviationen. Ins Gewicht fallen hier Exhibitionisten mit Rezidivgefahr oder pädophilen Engleistungen, bei denen die Gerichte nicht selten psychotherapeutische Maßnahmen anordnen. Psychiater oder auch Bewährungshelfer sind oftmals überfordert und froh, den Hilfesuchenden an einen kompetenten Sexualtherapeuten verweisen zu können. Bei genauer Anamnese und Exploration stellt man in diesen Fällen oft ein multiples Störungsbild fest, das eine umfassende Behandlung unbedingt erforderlich macht.

Auf ein letztes Problem möchte ich aus Aktualitätsgründen im Rahmen dieser kurzen Übersicht noch hinweisen: Große Teile der Bevölkerung sind nicht zuletzt durch die Massenmedien verunsichert und ratlos, wenn sie in irgendeiner Form mit dem Phänomen der AIDS-Erkrankung konfrontiert werden. Unsicherheit kann sich zur Angst, ja sogar zur Hysterie aufschaukeln. Wir sollten unser »Know-how« einsetzen, mit Ängsten dieser Art umzugehen, sie zu reduzieren oder völlig zu beseitigen. Als Sexualtherapeuten müssen wir auch in dieser Frage unsere Kompetenz verfügbar machen.

Dipl.-Psych. Dr. Paul Kochenstern
Lindwurmstraße 135
D-8000 München 2

Sexualmedizin 16, 60-65 (1987)

Nur zum persönlichen Gebrauch
des Bestellers / keine Rückgabe

Gebühr 1,00 DM

Die Verwendung zu Gewerbe-zwecken
ist verboten

Bayerische Staatsbibliothek